

Desempenho Econômico-Financeiro de Operadoras de Planos de Saúde no Mercado Brasileiro

Economic-Financial Performance of Health Plan Operators in the Brazilian Market

RESUMO

AUTORES

Eduarda Caroline Deungaro¹

¹ Especialista em Finanças e Controladoria pela Universidade de São Paulo - USP. Analista de Riscos e Controles Internos na Unimed Grande Florianópolis/SC

CONTATO

Eduarda Caroline Deungaro

¹ eduarda.deungaro@gmail.com

A pandemia de Covid-19 gerou impactos em escala global sem precedentes na história recente. A pandemia acentuou o processo de aumento de custos de assistência médica, pressionando os indicadores e as margens de retorno das operadoras de planos de saúde. O presente trabalho tem como objetivo comparar o desempenho econômico-financeiro de OPS de grande porte das modalidades cooperativa médica e medicina de grupo no período de 2018 a 2021. A partir de dados financeiros e contábeis disponibilizados pela ANS, foram selecionados 10 indicadores, os quais apresentaram grande variação no padrão médio entre os anos de 2018-2019 e 2020-2021, fato relacionado ao grande impacto sofrido pelo setor de saúde suplementar durante o período de pandemia. Através da aplicação de testes de estatística inferencial, a modalidade medicina de grupo apresentou melhor desempenho econômico-financeiro no período analisado, identificando indicadores relacionados às estratégias utilizadas no setor.

Palavras-chave: Saúde suplementar; Indicadores financeiros.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has generated impacts on a global scale that are unprecedented in recent history. The pandemic has accentuated the process of increasing healthcare costs, putting pressure on the indicators and return margins of health plan operators. The aim of this study is to compare the economic and financial performance of large-scale PPOs in the medical cooperative and group medicine modalities between 2018 and 2021. Based on financial and accounting data made available by the ANS, 10 indicators were selected, which showed great variation in the average pattern between the years 2018-2019 and 2020-2021, a fact related to the great impact suffered by the supplementary health sector during the pandemic period. Through the application of inferential statistical tests, the group medicine modality showed better economic and financial performance in the period analyzed, identifying indicators related to the strategies used in the sector.

Keywords: Health plan; Financial indicators.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 gerou impactos econômicos, sociais, políticos e culturais em escala global sem precedentes na história recente. Especificamente na área da saúde, o ano de 2021 foi marcado pelas campanhas de vacinação e flexibilização do isolamento social, o que resultou na retomada da realização de procedimentos cirúrgicos eletivos por parte dos beneficiários da saúde suplementar. De acordo com o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar, o aumento da sinistralidade no setor – índice calculado a partir da relação entre o custo dos sinistros e o prêmio recebido – pressionou as margens de retorno das operadoras de planos de saúde, reforçando a busca por ferramentas gerenciais de desempenho econômico-financeiro que possam auxiliar à gestão das organizações a identificar, controlar e reduzir custos, contribuindo com o aumento da eficiência do setor (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021). Neste cenário, cabe ainda ressaltar a projeção de envelhecimento da população brasileira para os próximos anos, o que tende a impactar diretamente as operações do setor de saúde, acentuando o aumento de custos e despesas assistenciais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção atinge a população máxima no ano de 2047, com 233,2 milhões de habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022).

Atualmente a saúde suplementar se configura como importante setor da economia brasileira, responsável por 234,7 milhões de consultas no ano de 2021, além de 7,7 milhões de internações e 995,0 milhões de exames complementares, de acordo com o Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021). O presente estudo visa comparar os indicadores de desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde de grande porte de cooperativas médicas e medicinas de grupo, ressaltando que atualmente grande parcela dos beneficiários ativos está concentrada nessas modalidades. O período analisado abrange os anos de 2018 a 2021, por tratar-se de um período recente englobando dois anos pré-pandemia (2018 e 2019) e dois anos de pandemia de Covid-19 (2020 e 2021). Para tanto, utilizou-se como base dados secundários gerados a partir da base de dados públicos disponibilizados pela ANS, com informações financeiras e contábeis das operadoras de saúde, a fim de analisar o desempenho econômico-financeiro das duas principais modalidades apresentadas anteriormente. Pretendeu-se, também, contribuir empiricamente para a política e métricas de regulação do setor de saúde suplementar, tendo em vista sua importância para o sistema de saúde brasileiro, além de contribuir com ferramentas que possam auxiliar no acompanhamento periódico de importantes

indicadores de desempenho econômico-financeiro e que possam colaborar significativamente com o aumento da eficiência das operadoras.

MATERIAL E MÉTODOS

A Resolução da Diretoria Colegiada 39/2000 dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde em sete modalidades: administradora, cooperativa médica, cooperativa odontológica, autogestão, medicina de grupo, odontologia de grupo e filantropia (ANS, 2000). No ano seguinte, foi instituída a Lei 10.185/2001 que estabelece seguradoras especializadas em saúde, em conjunto com outras modalidades de operadoras de planos de saúde privados (Brasil, 2001). Por meio do Anuário de Saúde Suplementar, a ANS analisa os aspectos econômico-financeiros das OPS e define com detalhes cada uma das modalidades, classificadas conforme o estatuto jurídico da operadora (ANS, 2021). O presente estudo concentra-se em analisar o desempenho econômico-financeiro das modalidades cooperativa médica e medicina de grupo.

O *market share* é um importante indicador do setor de saúde suplementar, calculado a partir da participação percentual de cada *player* no mercado de planos de saúde. No período analisado, destaca-se a evolução do *market share* da modalidade medicina de grupo, aumentando sua participação de 35,9% para 40,1%. Este aumento representa 3,1 milhões de novos vínculos no período, assegurando para a modalidade a maior fatia de mercado no ano de 2021, totalizando mais de 19,6 milhões de beneficiários (ANS, 2022).

Entre os anos de 2014 e 2017, durante o período da crise político-econômica responsável por reduzir significativamente a capacidade de crescimento da economia brasileira, os planos de saúde perderam mais de 3,3 milhões de beneficiários (ANS, 2022). Apesar da tímida retomada de crescimento no número de beneficiários nos últimos dois anos, a taxa de cobertura nacional dos planos privados de assistência médica historicamente diminuiu (ANS, 2022). Calculada a partir da relação entre o número de beneficiários de planos de saúde em relação ao total da população do país, a taxa de cobertura voltou a crescer durante a pandemia, atingindo 22,9% no ano de 2021, ante a cobertura nacional de 23,4% no ano de 2011 (ANS, 2022). Além disso, vale ressaltar que existe uma diferença importante na taxa de cobertura observada entre as cinco regiões brasileiras. No ano de 2021, somente as regiões sul e sudeste apresentaram uma taxa de cobertura acima da média nacional, respectivamente 23,4% e 33,1%. No mesmo ano, a

taxa de cobertura nas demais regiões centro-oeste, nordeste e norte foram, respectivamente, 20,5%, 11,9% e 9,7% (ANS, 2022).

A distribuição etária dos beneficiários dos planos privados concentra-se nas idades da população economicamente ativa, entre 19 e 58 anos. Porém, a proporção de beneficiários na faixa de 59 anos ou mais apresentou um aumento expressivo nos últimos anos, chegando a 15,2% em dezembro de 2021 (ANS, 2022). É importante relacionar este movimento com o envelhecimento da população brasileira. De acordo com o IBGE, entre os anos de 2011 e 2021, a população idosa aumentou de 21,6 milhões para 31,3 milhões, o que representa 11% e 14,7% da população total no Brasil, respectivamente (IBGE, 2022).

O Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2021) analisa anualmente a produção assistencial dos planos de saúde, englobando consultas, internações, terapias, exames complementares e outros atendimentos ambulatoriais. No ano de 2020, durante a suspensão dos procedimentos eletivos alinhado às medidas de isolamento social para conter o avanço da pandemia, a produção assistencial registrou uma queda de 17,4% (ANS, 2021). Por outro lado, no ano de 2021, com a demanda represada é possível identificar a retomada da utilização de serviços de saúde por parte dos beneficiários a partir da flexibilização das medidas, aumentando a produção nos grandes grupos de assistência: consultas médicas (12,8%), outros atendimentos ambulatoriais (30,8%), exames complementares (27,1%), terapias (26,9%) e internações (4,8%) (ANS, 2021).

Tabela 1. Número de procedimentos de assistência médico-hospitalar (Brasil – 2018 a 2021)

Produção Assistencial (em milhões)	2018	2019	2020	2021
Consultas Médicas	274,35	277,55	208,02	234,68
Outros Atendimentos Ambulatoriais	164,24	158,84	131,27	171,76
Exames Complementares	861,46	916,54	783,00	995,02
Terapias	93,41	72,05	54,94	69,73
Internações	8,11	8,64	7,37	7,72
Total	1.401,58	1.433,62	1.184,60	1.478,91

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (2021)

Por consequência, o movimento também impactou diretamente nas despesas assistenciais líquidas apresentadas pelas operadoras do setor. Ainda de acordo com o Mapa Assistencial (ANS, 2021), no ano de 2021 as operadoras registraram um total com despesas assistenciais de R\$ 199,9 bilhões, ante R\$ 164,8 bilhões no ano anterior, o que representa um aumento de 21,2% (ANS, 2021).

Tabela 2. Despesas assistenciais em valores nominais em bilhões de reais (Brasil – 2018 a 2021)

Despesas Assistenciais (em bilhões)	2018	2019	2020	2021
Consultas Médicas	25.312,2	25.771,0	20.575,0	24.217,0
Outros Atendimentos Ambulatoriais	13.292,4	14.707,3	14.226,1	17.647,9
Exames Complementares	33.565,9	35.985,9	32.094,0	40.570,4
Terapias	12.789,0	14.584,0	14.447,0	15.777,8
Internações	68.179,4	80.363,7	75.591,8	91.765,6
Demais Despesas	6.933,3	8.032,4	7.945,6	9.923,2
Total	160.072,3	179.444,6	164.879,5	199.902,0

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Mapa Assistencial da Saúde Suplementar (2021)

O presente trabalho foi pautado em uma pesquisa quantitativa, pela qual, de acordo com Aliaga e Gunderson (2002), pode-se compreender como a explicação de fenômenos através da coleta de dados para posterior análise por métodos matemáticos e estatísticos. Sua aplicação é frequente em estudos descritivos, os quais buscam estabelecer relações entre variáveis (Richardson, 2008). Desta forma, a execução deste trabalho teve como base balancetes contábeis trimestrais enviados pelas operadoras à ANS através do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Saúde (DIOPS), com base em um plano de contas padrão definido pela agência reguladora. A partir dos dados foi possível analisar os indicadores de liquidez, endividamento, rentabilidade, resultado e lucratividade, com a finalidade de comparar o comportamento das operadoras das modalidades cooperativa médica e medicina de grupo, entre os anos de 2018 e 2021. Dessa forma, através da aplicação de testes de estatística inferencial foi possível identificar qual modalidade apresentou desempenho superior.

Padoveze e De Benedicto (2014) afirmam que a análise econômico-financeira tem como objetivos obter o conhecimento da situação empresarial e possibilitar um julgamento da realidade a partir da situação financeira, econômica e patrimonial das entidades. Dessa forma, as análises quantitativas foram base para formar um quadro geral do padrão de desempenho financeiro por modalidade das operadoras de planos de saúde, sendo possível identificar o grupo de operadoras que se destaca em relação à média.

Para tanto, foram calculados: índice de despesa médica assistencial (ou sinistralidade), índice de despesas administrativas e comerciais, liquidez corrente, margem de lucro líquido, margem EBITDA, retorno sobre ativos (ROA), retorno sobre o patrimônio líquido (ROE), imobilização, endividamento e liquidez corrente de acordo com a fórmula de cálculo da ANS.

Para o presente estudo, a seleção foi feita a partir de operadoras de grande porte. Em conformidade com a Resolução Normativa 443/2019, as operadoras são classificadas de acordo com o número de beneficiários apurados na data de 31 de dezembro, sendo operadora de pequeno porte inferior a 20.000; operadora de médio porte entre 20.000 e inferior a 100.000 e operadora de grande porte a partir de 100.000 (ANS, 2019). Dessa maneira, foram selecionadas e mantidas apenas as operadoras que apresentaram carteira de beneficiários igual ou superior a 100.000 durante todos os anos do período analisado, sem exceção. Inicialmente, a base da ANS separada anualmente apresentava 745, 728, 704 e 696 operadoras com no mínimo 1 beneficiário. Foram excluídas anualmente 683, 666, 642 e 634 operadoras por não apresentarem carteira de beneficiários igual ou superior a 100.000 durante todo o período analisado. Apesar de se enquadrarem no requisito base, adicionalmente foram excluídas de todos os anos 13 operadoras das modalidades autogestão (7), seguradora especializada em saúde (4) e filantropia (2) por apresentarem um número inferior a 10 operadoras dentro do requisito base, fator que poderia prejudicar a análise do desempenho médio por meio dos testes inferenciais aplicados. Além disso, foram excluídas 4 operadoras da modalidade cooperativa médica, que, apesar de se enquadrarem no requisito base, são cooperativas de segundo grau, formadas a partir da união de três ou mais cooperativas de primeiro grau, fator que poderia poluir a análise do desempenho médio através dos testes inferenciais. Dessa forma, ao final, foram excluídas da base anualmente 700, 683, 659 e 651 operadoras respectivamente aos anos analisados.

O tratamento resultou na seleção final composta por 45 operadoras de grande porte, sendo 29 cooperativas médicas e 16 medicinas de grupo, ou seja, foram mantidas

somente as operadoras que apresentaram carteira igual ou superior a 100.000 beneficiários durante os quatro anos da análise. Dessa forma, a seleção final abrange uma fatia considerável dos clientes do setor, uma vez que as 45 operadoras selecionadas representam juntas, respectivamente, 43,2%, 43,9%, 45,7% e 47,5% de todos os beneficiários de saúde médico hospitalar ativos na competência de dezembro dos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021. Adicionalmente, com base no endereço principal de registro, constatou-se que a seleção final abrange OPS de todas as regiões: Sudeste (55,6%), Sul (22,2%), Nordeste (13,3%), Centro-Oeste (6,7%), Norte (2,2%).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 45 operadoras selecionadas foram analisadas de acordo com a evolução da média (M_e), mediana (M_d), desvio padrão (DP), 1º quartil (1Q), 3º quartil (3Q) e coeficiente de variação (CV) para os 10 indicadores de desempenho econômico-financeiro calculados de acordo com o descrito na Tabela 5.

O índice de despesas médicas assistenciais (Tabela 3) aponta para uma sinistralidade maior das cooperativas médicas analisadas durante todo o período. No ano de 2020, com a suspensão dos procedimentos eletivos o índice de utilização médio das cooperativas médicas caiu de 0,82 para 0,75. O mesmo movimento foi observado nas medicinas de grupo analisadas, com a média de 0,76 para 0,71, respectivamente. Por outro lado, o período seguinte foi marcado pelo aumento generalizado dos custos assistenciais e retomada dos procedimentos que ficaram represados, inclusive casos agravados, impactando no aumento da média da sinistralidade para 0,86 e 0,82, respectivamente.

Tabela 3. Evolução do índice de despesa médica assistencial (DM%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	M_e	M_d	DP	1Q	3Q	CV	M_e	M_d	DP	1Q	3Q	CV
2018	81,58	83,68	0,06	77,51	85,42	6,89	76,35	76,46	0,12	71,13	83,09	16,08
2019	82,80	82,61	0,04	80,92	86,12	5,11	77,81	78,08	0,13	73,39	83,96	16,26
2020	75,46	76,73	0,06	70,35	79,19	7,57	71,33	70,45	0,15	64,11	78,86	21,32
2021	85,90	86,05	0,12	80,75	90,50	7,03	81,91	82,14	0,14	77,06	90,43	17,40

Fonte: Resultados originais da pesquisa

O índice de despesas administrativas (Tabela 4) indica a representatividade das despesas com pessoal próprio, serviços de terceiros, localização e funcionamento,

publicidade e propaganda, entre outras despesas diversas. Com relação às cooperativas médicas, vale ressaltar que nos anos de 2020 e 2021 a queda no indicador não foi ocasionada por corte de despesas administrativas, mas sim, diluição destas, uma vez que as receitas cresceram em um ritmo mais acelerado, causando a queda observada no índice.

Tabela 4. Evolução do índice de despesa administrativa (DA%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	8,93	8,91	0,02	7,48	9,96	21,67	10,60	10,41	0,05	8,96	11,54	47,00
2019	8,06	7,56	0,02	6,77	9,04	22,67	10,68	10,73	0,05	9,29	12,24	47,05
2020	7,95	7,58	0,02	6,52	9,18	23,85	10,76	10,38	0,05	8,89	13,46	43,52
2021	8,01	7,69	0,02	6,14	9,31	26,46	11,25	10,40	0,07	8,25	14,88	59,67

Fonte: Resultados originais da pesquisa

O índice de despesas comerciais (Tabela 5) indica a representatividade das despesas empregadas pelas operadoras para a comercialização de produtos, tais como comissões e agenciamentos.

Tabela 5. Evolução do índice de despesa comercial (DC%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	0,92	0,62	0,01	0,27	1,26	102,67	2,82	2,98	0,02	0,50	4,79	81,66
2019	0,86	0,62	0,01	0,26	1,32	84,23	2,98	2,96	0,03	0,66	4,49	85,73
2020	0,91	0,62	0,01	0,32	1,18	91,91	2,70	2,07	0,02	0,54	4,63	84,19
2021	0,90	0,66	0,01	0,31	1,16	89,47	2,96	3,04	0,02	0,60	4,87	83,10

Fonte: Resultados originais da pesquisa

De acordo com a Tabela 6, as medicinas de grupo apresentaram um melhor desempenho na margem EBITDA em relação às cooperativas médicas. No ano de 2020, com a queda na sinistralidade, o indicador atinge a melhor média de desempenho no período para ambas as modalidades. Por outro lado, no ano de 2021, com o aumento na sinistralidade causado pela demanda represada, casos agravados e aumento generalizado nos custos, as margens ficam pressionadas, cravando a menor média no período analisado.

Tabela 6. Evolução da margem EBITDA (MEBITDA%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	7,25	6,56	0,04	5,08	8,57	51,81	9,33	7,92	0,08	2,82	13,68	83,38
2019	5,79	5,79	0,03	4,07	6,86	48,67	8,31	7,83	0,08	2,00	12,64	101,8
2020	10,24	10,21	0,04	7,21	12,83	40,96	13,43	11,37	0,10	6,58	16,65	73,89
2021	2,31	2,62	0,05	-1,16	4,31	215,4	3,93	2,68	0,10	-2,85	4,62	246,7

Fonte: Resultados originais da pesquisa

A margem de lucro líquido (Tabela 7) apresenta um comportamento semelhante ao da margem EBITDA. No ano de 2021, considerando as operadoras do primeiro quartil, as duas modalidades analisadas apresentaram margens negativas no ano de 2021, respectivamente -0,02 e -0,04 para cooperativa médica e medicina de grupo.

Tabela 7. Evolução da margem de lucro líquido (MLL%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	4,93	4,25	0,04	2,88	6,27	76,95	6,01	4,70	0,06	1,53	8,66	104,6
2019	3,52	3,12	0,03	1,73	5,15	80,28	4,96	3,82	0,07	1,04	8,43	142,3
2020	7,21	6,41	0,04	4,67	9,31	54,27	8,46	6,35	0,09	3,18	11,47	101,9
2021	0,33	0,25	4,21	-2,26	1,55	1.263	1,48	0,66	9,48	-4,10	2,99	638,1

Fonte: Resultados originais da pesquisa

No ano de 2021, a média do retorno sobre patrimônio líquido (Tabela 8) foi negativo para ambas as modalidades, indicando o alto consumo de caixa durante o período para suprir o atendimento da demanda represada.

Tabela 8. Evolução do retorno sobre o patrimônio líquido (ROE%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	19,39	17,47	0,18	13,80	24,61	94,90	19,18	18,84	0,16	7,52	29,24	81,57
2019	15,06	12,84	0,12	7,31	22,30	81,79	12,28	14,45	0,20	4,09	22,31	160,3
2020	24,31	23,21	0,11	17,29	31,68	44,85	21,79	19,10	0,15	6,23	36,24	66,70
2021	-2,55	1,18	0,16	-9,84	5,44	-638,0	-1,54	2,31	0,12	-7,61	5,45	-774,3

Fonte: Resultados originais da pesquisa

As modalidades analisadas registraram valores próximos de retorno operacional sobre ativos (Tabela 9). Juntamente com a queda na sinistralidade no ano de 2020, o desempenho das operadoras, de acordo com a seleção, vai de encontro com objetivos esperados através do processo de verticalização observado nos últimos anos, especialmente entre as operadoras de grande porte. A partir da estratégia de incorporar e desenvolver recursos e serviços próprios, as operadoras de saúde buscam ganhar eficiência alinhando maior controle dos custos de produção e monitoramento sobre a qualidade dos serviços prestados (Albuquerque, G.M; Fleury, M.T.L; Fleury, A.L., 2011).

Tabela 9. Evolução do retorno sobre ativos (ROA%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	8,97	8,42	0,07	5,30	10,00	77,25	9,47	10,11	0,08	3,58	11,83	79,93
2019	6,48	5,67	0,05	3,57	9,14	78,98	7,15	7,94	0,08	2,57	11,83	113,6
2020	12,23	10,99	0,06	7,97	15,65	51,71	11,29	8,75	0,08	3,33	19,59	68,03
2021	-0,24	0,61	0,07	-4,05	2,50	-2.949	-0,51	0,95	0,06	-5,12	3,63	-1.201

Fonte: Resultados originais da pesquisa

De acordo com a Tabela 10, as cooperativas médicas apresentaram índice de imobilização consideravelmente maior em relação às medicinas de grupo. O indicador está diretamente relacionado à estratégia de verticalização, ligada à criação de rede própria para atendimento dos beneficiários, incluindo hospitais, clínicas e laboratórios para maior controle sobre os custos e desenvolvimento de produtos com rede referenciada.

Tabela 10. Evolução do índice de imobilização (IMOB%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	18,00	14,46	0,12	8,91	27,80	65,15	6,01	2,86	0,08	0,97	6,85	127,1
2019	17,57	15,24	0,12	8,52	25,10	67,76	6,60	3,60	0,08	0,79	8,90	128,1
2020	16,76	15,59	0,11	7,50	22,93	65,85	7,76	4,14	0,10	1,40	12,83	128,8
2021	18,77	17,03	0,12	7,81	26,03	65,52	8,78	3,79	0,11	1,57	14,08	129,2

Fonte: Resultados originais da pesquisa

No ano que antecede a pandemia (2019), a média do índice de endividamento (Tabela 11) das operadoras de grande porte analisadas era de 0,56 e 0,47, respectivamente. No ano de 2020, com o grande volume de caixa, a relação de endividamento diminuiu em ambas as modalidades. Por outro lado, no ano de 2021, com o aumento generalizado dos custos, o índice volta para patamares vistos no período pré-pandemia, respectivamente 0,55 e 0,45 para cooperativa médica e medicina de grupo.

Tabela 11. Evolução do índice de endividamento (ENDIV%) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	57,99	58,75	0,10	52,31	63,13	17,19	48,86	50,07	0,16	35,77	61,28	32,16
2019	56,22	56,99	0,08	49,60	61,71	14,84	47,38	49,21	0,16	34,41	59,18	34,53
2020	50,93	51,13	0,08	46,54	56,85	15,14	44,25	45,66	0,15	34,21	53,42	34,85
2021	54,97	55,04	0,09	50,06	60,66	16,44	45,49	45,98	0,18	32,65	59,29	39,44

Fonte: Resultados originais da pesquisa

As operadoras da modalidade medicina de grupo apresentaram melhor desempenho no indicador liquidez corrente (Tabela 12). O bom resultado no indicador está diretamente relacionado ao fato de que grandes operadoras desta modalidade são companhias com ações listadas na bolsa de valores.

Tabela 12. Evolução do índice de liquidez corrente (LC) por modalidade

ANO	Cooperativa Médica						Medicina de Grupo					
	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV	Me	Md	DP	1Q	3Q	CV
2018	1,71	1,55	0,56	1,33	2,03	0,33	2,32	1,52	3,14	1,21	1,93	1,35
2019	1,74	1,58	0,51	1,39	2,16	0,30	2,26	1,64	2,90	1,24	1,92	1,28
2020	1,96	1,77	0,59	1,60	2,35	0,30	2,53	1,66	3,66	1,35	2,11	1,45
2021	1,75	1,61	0,54	1,43	2,22	0,31	2,53	1,41	4,51	1,03	1,86	1,78

Fonte: Resultados originais da pesquisa

Na Tabela 13, apresenta-se o resultado da análise do teste f para o qual a hipótese nula é da igualdade de variâncias. Neste caso, a maior parte dos indicadores de desempenho econômico-financeiro selecionados apresentaram p-valor com nível de significância abaixo de 5%, rejeitando a hipótese nula de que as variâncias são estatisticamente iguais. O resultado do teste f foi utilizado como base para a aplicação do

teste t de Student, presumindo variâncias diferentes para o grupo de indicadores cujo nível de significância apresentou-se abaixo de 5% na aplicação do teste e variâncias iguais para o grupo de indicadores cujo nível de significância apresentou-se acima de 5%.

Tabela 13. Resultado do teste f anualmente por indicador

INDICADOR	2018	2019	2020	2021
DM	00,00	00,00	00,00	00,00
DC	00,00	00,00	00,00	00,00
DA	00,00	00,00	00,00	00,00
MEBTIDA	00,00	00,00	00,00	00,00
MLL	00,01	00,00	00,00	00,00
ROE	00,26	00,02	00,09	00,10
ROA	00,33	00,02	00,18	00,29
IMOB	00,04	00,08	00,35	00,38
ENDIV	00,02	00,00	00,00	00,00
LC	00,00	00,00	00,00	00,00

Fonte: Resultados originais da pesquisa

Na sequência, na Tabela 14, apresenta-se o resultado da análise do teste t de Student para o qual a hipótese nula é da igualdade das médias. Neste caso, a maioria dos indicadores de desempenho econômico-financeiro selecionados apresentaram p-valor com nível de significância acima de 5%, aceitando-se assim a hipótese nula de que as médias são estatisticamente iguais. Esperava-se que o índice de despesas médicas assistenciais (ou sinistralidade), apresentasse diferença significativa entre as médias das duas modalidades analisadas, o que não ocorreu. Os índices de imobilização e despesa comercial foram os únicos que apresentaram uma diferença significativa entre as médias das duas modalidades analisadas. Especialmente o índice de imobilização tem relação direta com a estratégia de verticalização, amplamente utilizada pelas medicinas de grupo nos últimos anos, cujo objetivo é aumentar a eficiência assistencial através do controle da utilização de serviços (Escrivão Junior e Kishima, 2011). O índice de despesas comerciais, relacionado aos esforços empregados na venda dos planos de saúde, tais como comissões e agenciamentos, tem relação direta com o apetite das operadoras para buscar a expansão e oxigenação na carteira de clientes, garantindo a manutenção do seu *market share*.

Tabela 14. Resultado do teste t anualmente por indicador

INDICADOR	2018	2019	2020	2021
DM	00,12	00,14	00,31	00,30
DC	00,01	00,00	00,01	00,00
DA	00,21	00,06	00,03	00,08
MEBTIDA	00,33	00,26	00,24	00,54
MLL	00,53	00,44	00,59	00,65
ROE	00,97	00,61	00,51	00,83
ROA	00,82	00,77	00,66	00,90
IMOB	00,00	00,00	00,01	00,01
ENDIV	00,05	00,06	00,12	00,06
LC	00,45	00,48	00,55	00,50

Fonte: Resultados originais da pesquisa

CONCLUSÃO

O presente estudo abordou o tema do desempenho econômico-financeiro de operadoras que atuam no mercado brasileiro de saúde suplementar, comparando os principais indicadores a partir da seleção de OPS de grande porte das duas modalidades mais relevantes em número de beneficiários, buscando comparar o desempenho das modalidades analisadas pelo grupo de indicadores entre os anos de 2018 e 2021.

Com base nos dados apresentados, verificou-se que entre os dez indicadores analisados, oito possuem alto nível de significância quanto à igualdade de médias entre as modalidades analisadas, sendo índice de despesa médica (ou sinistralidade), despesa administrativa, margem EBITDA, margem de lucro líquido, retorno sobre o patrimônio líquido, retorno sobre o ativo, índice de endividamento e liquidez corrente. Dois indicadores apresentaram médias estatisticamente diferentes entre as modalidades analisadas, sendo índice de imobilização e despesa comercial. Como ressaltado anteriormente, os dois indicadores estão relacionados às estratégias utilizadas pelas operadoras do setor, na busca por eficiência operacional e expansão da carteira de clientes, garantindo a manutenção da sua participação no mercado.

Conclui-se, a partir das análises das médias, que a modalidade medicina de grupo apresentou desempenho superior à cooperativa médica nos indicadores de índice de despesa médica assistencial (ou sinistralidade), margem EBITDA, margem de lucro líquido e liquidez corrente. Adicionalmente, notou-se grande efeito no padrão da média

dos indicadores dos anos de 2018-2019 e 2020-2021, fato relacionado ao grande impacto sofrido pelo setor de saúde suplementar durante o período de pandemia de Covid-19.

Os modelos praticados nesta pesquisa poderão ser utilizados em estudos futuros, com seleção e análise de outros indicadores de desempenho econômico-financeiro, além da inclusão de diferentes modalidades e porte de operadoras de saúde.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. 2000. Resolução da Diretoria Colegiada n. 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 30 out. 2000.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. 2019. Resolução Normativa n. 443, de 25 de janeiro de 2019. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controle internos e gestão de riscos, para fins de solvência das operadoras de planos de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 28 jan. 2019. Seção 1, p. 103.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. 2021. Anuário de Saúde Suplementar: Aspectos Econômico-Financeiros das Operadoras de Planos de Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2021.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. 2022. ANS TABNET Beneficiários por Operadora. Disponível em: <www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_cc.def>. Acesso em: 06 jul. 2022.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. 2022. Sala de Situação. Disponível em: <www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html>. Acesso em: 07 jul. 2022.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS]. 2022. Demonstrações Contábeis. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>>. Acesso em: 07 jul. 2022.
- Albuquerque, G.M; Fleury, M.T.L; Fleury, A.L. 2011. Integração Vertical nas Operadoras de Assistência Médica Privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. Revista Produção, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 39-52.
- Aliaga, M.; Gunderson, B. 2002. Interactive Statistics. Thousand Oaks, Sage.
- Escrivão Junior, A.; Kishima, V.S.C. 2011. Panorama do Setor Suplementar de Saúde Brasileiro. In: Ibañez, N., Elas, P.E.M. e Seixas, P.H.A. (Orgs.), Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. 2022. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 07 jul. 2022.

Padoveze, Clóvis Luís; Benedicto, Gideon Carvalho de. *Análise das Demonstrações Financeiras*. 3ª Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

Richardson, Robert Jarry. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.